



309659  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                  |                                              |                       |                                       |                                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>3 0 / 1 0 4 / 1 2 0 | 4-Data de Autorização<br>0 5 / 1 0 5 / 1 2 0 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7536559 | 7-Data Validade da Senha<br>2 9 / 1 0 7 / 1 2 0 |
|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|

|                                                                 |  |                                |                                                         |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                           |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 0 1 1 0 2 |  |                                |                                                         |                                     |                                       |
| 13-Nome<br>ROSIANE MENEZES ALVES DE ALBUQUERQUE                 |  | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>LUZIA BEZERRA DE MENEZES |                                     |                                       |
|                                                                 |  | 18/03/1996                     |                                                         |                                     |                                       |

|                                                                           |                                                                            |                                                                         |             |                           |                          |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                           |                                                                            | 18-Número no CRO<br>67946                                               | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S           | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI | 23-Número no CRO<br>67946                                               | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES            |                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 6 8 1 8 3 2 4 8 8 6              |                                                                            | 22-Nome do Contratado Executante<br>FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI |             | 27-Número no CRO<br>67946 | 28-UF<br>SP              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI |                                                                            |                                                                         |             | 29-Código CBO S           |                          |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5       | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 3 4 , 0 0        | 0 , 0 0  |                                 | S      | 05/05/20              |                    | Rosiane       |
| 2-        | 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 3 6 , 0 0        | 0 , 0 0  |                                 | S      | 05/05/20              |                    | Rosiane       |
| 3-        | 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 3 6 , 0 0        | 0 , 0 0  |                                 | S      | 05/05/20              |                    | Rosiane       |
| 4-        | 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 3 6 , 0 0        | 0 , 0 0  |                                 | S      | 05/05/20              |                    | Rosiane       |
| 5-        | 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 3 6 , 0 0        | 0 , 0 0  |                                 | S      | 05/05/20              |                    | Rosiane       |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                                                     |                                                                      |                                       |                               |                                         |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/05/20 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 7 8 , 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 , 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                                                                                                                         |                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 49-Observação                                                                                                                           |                                                                                                    |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>05/05/20<br>Dra. Fabiana P. Scompari<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO 67946 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/05/20<br>Rosiane M. A. Albuquerque |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/05/20<br>Dra. Fabiana P. Scompari<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO 67946             | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ /                                                         |